



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**

**Facultad de Ciencias Médicas**

**Carrera de Enfermería**

**CARACTERIZACIÓN DEL ABORTO RECURRENTE EN MUJERES DE EDAD  
FERTIL, HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO”, 2015-2019.**

**Proyecto de investigación previa  
a la obtención del título de  
Licenciado de Enfermería.**

**Autoras:**

**Johanna del Carmen Bravo Durán**

**CI: 0105974141**

**Correo electrónico: arelyxavier13@gmail.com**

**Jenny Maribel Cajamarca Calle**

**CI: 0302402805**

**Correo electrónico: jenny.ma@hotmail.es**

**Directora:**

**Lcda. Diana Esther Sánchez Campoverde Mgt.**

**C.I: 0106061799**

**Cuenca – Ecuador**

**14-October-2020**

## RESUMEN

**Antecedentes:** la Organización Mundial de la Salud (OMS), indica que la edad fértil en la mujer es desde los 15 hasta los 44 años, la presente investigación pretende caracterizar el aborto recurrente (1).

**Objetivo:** Caracterizar el aborto recurrente en mujeres de edad fértil. Hospital “Vicente Corral Moscoso”, 2015-2019.

**Metodología:** se realizó un estudio descriptivo cuantitativo, en el Hospital Vicente Corral Moscoso, y se realizó una búsqueda de reportes clínicos de pacientes con cuadro de aborto recurrente entre el año 2015 al 2019, obteniendo un total de 83 casos, posterior a ello la información fue tabulada y procesada en el paquete estadístico SPSS v. 25, presentando la información en tablas de frecuencia.

**Resultados:** la mayor parte de usuarias con cuadro de aborto recurrente tiene una edad mayor a los 30 años en el 54,2% de los casos, el antecedente de aborto previo lo tuvieron el 39,8% de las pacientes, y que tuvieron un promedio de 3,6 gestas previas, el 3,6% se dedica a la agricultura y con el 2,4% es artesana, el 56,6% están casadas seguido de la unión libre con el 25,3%, mujeres solteras con un 16,9% en las mujeres con diagnóstico de aborto recurrente, también, la mayor parte de pacientes tuvieron 2 diagnósticos adicionales al aborto recurrente (38,6%), seguidos de un diagnóstico (26,5%).

**Conclusión:** las pacientes con cuadro de aborto recurrente que acudieron al Hospital Vicente Corral Moscoso, son madres añosas, multigestas, con factores de riesgo controlables y con pluripatologías asociadas.

**Palabras claves:** Aborto recurrente. Aborto habitual. Periodo fértil.

Jenny Maribel Cajamarca Calle  
Johanna del Carmen Bravo Durán

## ABSTRACT

**Background:** The World Health Organization (WHO) indicates that the fertile age in women is from 15 to 44 years, in this group of the population recurrent abortion has a low prevalence, for this reason the bibliographic production is limited, the present investigation tries to characterize the recurrent abortion and determine the reality in this area where the woman in fertile age is presenting (1).

**Objective:** To characterize recurrent abortion in women in fertile age. Hospital "Vicente Corral Moscoso", 2015-2019.

**Methodology:** A quantitative descriptive study was carried out at the Vicente Corral Moscoso Hospital, and a search was made of clinical reports of patients with recurrent abortion symptoms between 2015 and 2019, obtaining a total of 83 cases, with prior authorization from the institution of health and watching the bioethical principles, the data were extracted in a self-elaborated form, after that the information was tabulated and processed in the statistical package SPSS v. 25, and presenting the information in frequency tables.

**Results:** Most of the patients with recurrent abortion are older than 30 years in 54.2% of the cases, the history of previous abortion had 39.8% of the patients, and they had an average of 3.6 previous feats. The secondary education with 54.2%, with 37.3% primary, and 8.4% represents a higher education level; the rural sector represents 61.4%, while 38.8% are from urban area.

Housework had 62.7%, the 14.5% practice had a profession, others had 10.8%, the 6% are studying, 3.6% are engaged in agriculture and 2.4% are artisans, 56.6% are married followed by common law union with 25.3%, single women with 16.9% in women with a diagnosis of recurrent abortion, also, the majority of patients had 2 additional diagnoses to recurrent abortion (38.6%), followed by one diagnosis (26.5%).

The most frequent risk factors in women in fertile age with a diagnosis of recurrent abortion were vaginal infection (60.2%), being a passive smoker (50.6%) and overweight (45.8%). Most of the habitual abortion women did not have births (50.6%), followed by

Jenny Maribel Cajamarca Calle

Johanna del Carmen Bravo Durán



those who had vaginal birth with 36.1%, in the age groups younger than 20 years and older than 30 years, overweight stands out as more frequent nutritional status with 60% and 51.1% respectively, and in the case of the age group between 20 and 30 years, a normal body mass index prevailed.

**Conclusion:** the patients with recurrent abortion symptoms who came to the Vicente Corral Moscoso Hospital are elderly, multi-pregnant mothers, with controllable risk factors and associated multiple pathologies.

**Key words:** Recurrent abortion. Habitual abortion. Fertile period.

Jenny Maribel Cajamarca Calle  
Johanna del Carmen Bravo Durán



## CONTENIDO

RESUMEN .....	2
ABSTRACT .....	3
AGRADECIMIENTO .....	11
DEDICATORIA .....	13
CAPÍTULO 1 .....	15
<b>1.1 INTRODUCCIÓN</b> .....	15
<b>1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	16
<b>1.2 JUSTIFICACIÓN</b> .....	17
CAPÍTULO 2 .....	18
CAPÍTULO 3 .....	24
<b>3.1 OBJETIVO GENERAL</b> .....	24
<b>3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS</b> .....	24
CAPÍTULO 4 .....	25
<b>4.1 TIPO DE ESTUDIO</b> .....	25
<b>4.2 AREA DE ESTUDIO</b> .....	25
<b>4.3 UNIVERSO Y MUESTRA</b> .....	25
<b>4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN</b> .....	26
<b>4.5 VARIABLES</b> .....	26
<b>4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS</b> .....	26
<b>4.6.1 MÉTODO</b> .....	26
<b>4.6.2 TÉCNICAS</b> .....	26
<b>4.6.3 INSTRUMENTO</b> .....	27
<b>4.7 PROCEDIMIENTOS</b> .....	27
<b>4.8 AUTORIZACIÓN</b> .....	27
<b>4.9 CAPACITACIÓN</b> .....	27
<b>4.10 SUPERVISIÓN</b> .....	28
<b>4.11 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS</b> .....	28
<b>4.12 ASPECTOS ÉTICOS:</b> .....	28
CAPÍTULO V .....	29
CAPÍTULO VI .....	36
<b>6.1 DISCUSIÓN</b> .....	36
CAPÍTULO VII .....	40
<b>7.1 CONCLUSIONES</b> .....	40
<b>7.2 RECOMENDACIONES</b> .....	41

Jenny Maribel Cajamarca Calle

Johanna del Carmen Bravo Durán



CAPÍTULO VIII.....	42
9. BIBLIOGRAFÍA.....	42
CAPÍTULO IX.....	49
<b>ANEXO 1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES</b> .....	49
<b>ANEXO 2. CARTA DE BIOETICA</b> .....	52
<b>ANEXO 3. CUESTIONARIO DE RECOLECCION DE DATOS</b> .....	53

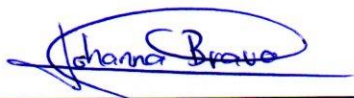
Jenny Maribel Cajamarca Calle  
Johanna del Carmen Bravo Durán

**Cláusula de licencia y autorización para Publicación en el Repositorio  
institucional**

Johanna del Carmen Bravo Durán en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación: **CARACTERIZACIÓN DEL ABORTO RECURRENTE EN MUJERES DE EDAD FERTIL, HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO”, 2015-2019**, de conformidad con el Art.114 del código orgánico de la economía social de los conocimientos, creatividad e innovación, reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferibles y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Así mismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 14 de octubre del 2020



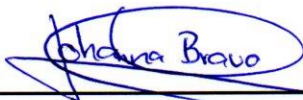
**Johanna del Carmen Bravo Durán**

**C.I. 0105974141**

### **Cláusula de propiedad intelectual**

Johanna del Carmen Bravo Durán autora del proyecto de investigación **CARACTERIZACIÓN DEL ABORTO RECURRENTE EN MUJERES DE EDAD FERTIL, HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO”, 2015-2019**, certifico que todas las ideas, opiniones y contextos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 14 de octubre del 2020



**Johanna del Carmen Bravo Durán**

**C.I. 0105974141**



### **Cláusula de licencia y autorización para Publicación en el Repositorio institucional**

Jenny Maribel Cajamarca Calle en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación: **CARACTERIZACIÓN DEL ABORTO RECURRENTE EN MUJERES DE EDAD FERTIL, HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO”, 2015-2019**, de conformidad con el Art.114 del código orgánico de la economía social de los conocimientos, creatividad e innovación, reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferibles y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Así mismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 14 de octubre del 2020



---

**Jenny Maribel Cajamarca Calle**

**C.I. 0302402805**



### **Cláusula de propiedad intelectual**

Jenny Maribel Cajamarca Calle autora del proyecto de investigación **CARACTERIZACIÓN DEL ABORTO RECURRENTE EN MUJERES DE EDAD FERTIL, HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO”, 2015-2019**, certifico que todas las ideas, opiniones y contextos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 14 de octubre del 2020

---

**Jenny Maribel Cajamarca Calle**

**C.I. 0302402805**



## **AGRADECIMIENTO**

Quiero expresar mi agradeciendo primeramente a Dios, quien con su bendición me ha permitido culminar con mi meta propuesta, también a mis padres y a mi esposo por el apoyo constate, su ayuda brindada para cada uno de los escalones que he superado, por estar siempre presentes en cada paso, por ser mi motivación para seguir adelante a pesar de muchos obstáculos, por confiar en mí y permitir concluir con este proceso investigativo.

También un agradecimiento especial a la Universidad de Cuenca, y a la Carrera de Enfermería por fa formación académica brindada a lo largo de este tiempo, y de manera muy especial agradezco por su ayuda, su tiempo y apoyo incondicional a la Lcda. Diana Esther Sánchez Campoverde. Mgt. directora del presente proyecto de investigación.

Jenny Maribel Cajamarca Calle

Johanna del Carmen Bravo Durán

Jenny Maribel Cajamarca Calle



## **AGRADECIMIENTO**

Quiero expresar mi gratitud y agradecimiento a Dios, que con su bendición llena siempre mi vida, a mis Padres por darme su ejemplo de trabajo y honradez y de nunca abandonar mis anhelos y a mi esposo porque en todo momento fue un apoyo incondicional en mi trayecto profesional que ha estado desde el principio de este sueño guiándome y motivándome en cada paso que doy.

También un agradecimiento especial a la Universidad de Cuenca, y en especial a la Carrera de Enfermería por permitir formarme académicamente este tiempo, y de manera muy especial agradezco por su ayuda, su tiempo y apoyo incondicional a la Lcda. Diana Esther Sánchez Campoverde. Mgt. directora del presente proyecto de investigación.

Johanna Del Carmen Bravo Durán

Johanna del Carmen Bravo Durán

Jenny Maribel Cajamarca Calle



## DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación es dedicado principalmente a mis padres, quienes, con su amor, paciencia, esfuerzo y apoyo incondicional, durante todo este proceso me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más, gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y valentía, de no temer las adversidades porque Dios está conmigo siempre, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí, y convertirme en lo que soy.

Dedicado también a mi esposo, ya que él fue el pilar fundamental de este largo camino, para realizar todos mis objetivos durante toda mi carrera universitaria, gracias por el acompañamiento constante y los alientos de superación día a día.

Jenny Maribel Cajamarca Calle

Johanna del Carmen Bravo Durán

Jenny Maribel Cajamarca Calle



## DEDICATORIA

Este trabajo de investigación es dedicado especialmente a Dios porque que me ha permitido cumplir mi sueño tan esperado, a mis padres por haberme forjado como persona que con su motivación constante me permiten alcanzar mis anhelos y quienes hoy en día forman parte del cimiento para la construcción de mi vida profesional

Dedicado también a mi esposo por siempre brindarme su apoyo en todo este trayecto su ayuda a sido fundamental ha estado conmigo en los momentos más duros, no fue fácil pero siempre estuvo motivándome y apoyándome, a mis hijas que son el pilar fundamental de mi vida que gracias a ellas he podido lograr superarme.

Johanna del Carmen Bravo Durán

Johanna del Carmen Bravo Durán

Jenny Maribel Cajamarca Calle

## CAPÍTULO 1

### 1.1 INTRODUCCIÓN

Se estima a nivel mundial que anualmente se ejecutan 55,9 millones de abortos, de estos el 88% ocurren en países en vías de desarrollo, manteniendo una tasa de incidencia mundial de 35 abortos por cada 1000 mujeres de 15 a 44 años; en América latina se encuentra la incidencia más elevada con 44 abortos por cada 1000 mujeres, proyectándose así que uno de cada 4 embarazos termina en aborto, observando que prácticamente las tasas de aborto en países en vías de desarrollo se han mantenido (1), (2).

A estas cifras se suman las preocupaciones actuales por la atención sanitaria que se brinda a las pacientes con cuadro de aborto, justamente por la inseguridad y peligro que corren al realizarse en su mayoría en medios clandestinos y poco salubres, y más aún si son episodios repetidos; la Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que 25 millones de abortos anualmente se dieron sin condiciones de seguridad, contribuyendo hasta en un 13,2% a la tasa de muerte materna, concentrándose dicha realidad mayoritariamente en países en desarrollo. (3)

El aborto recurrente tiene una incidencia global del 1 al 5%, como causa principal en más de la mitad de los casos se encuentran los factores genéticos, por lo que generalmente ocurren en el primer trimestre del embarazo (4); cabe recalcar además que el riesgo de aborto espontáneo tras uno a cuatro abortos es de 16%, 25%, 45% y 54%, respectivamente objetivando la importancia de tomar las medidas estratégicas y de salud necesarias para limitar este riesgo, considerando que el infra diagnóstico de esta entidad circunscribe mucho su estudio (5).

En el Ecuador, el aborto es actualmente un tema de debate en cuanto a su penalización o no, y la recurrencia del mismo está avalada por unos y rechazada por ciertas organizaciones sociales que están a favor de la despenalización del aborto, en este marco considerando que el tener un antecedente de aborto eleva ampliamente la posibilidad de presentar uno nuevo, se pretende objetivar actualmente la realidad de este problema. (6)

Johanna del Carmen Bravo Durán

Jenny Maribel Cajamarca Calle

## 1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El aborto previo aumenta un 5% las probabilidades de presentar un nuevo aborto, según el Ministerio de Salud Pública la prevalencia en el país es del 1%, y la identificación de los factores de riesgo claramente relacionados con el aborto recurrente sería el principal pilar de manejo en estas pacientes, que incluyen desde estudios de cromosomopatías hasta screening ecográficos y de laboratorio a fin de detectar de manera precoz un riesgo aumentado de pérdida fetal y por su puesto de morbi mortalidad materna (5).

El aborto es parte de las diez principales causas de morbilidad y mortalidad materna en el país, a nivel regional un estudio realizado en Cañar evidenció una prevalencia del aborto recurrente del 2% para el año 2014 (7), se debe valorar que este tipo de aborto aporta de una manera importante a estas cifras pues el riesgo de presentar complicaciones cuando se trata de nuevos episodios aumenta considerablemente y peor aun conociendo que la mayor parte de abortos tienen lugar en pacientes menores de los 25 años (8), además es importante mencionar que el aborto recurrente como tal ya es considerado un factor de riesgo para desarrollar enfermedad tromboembólica venosa (9) y neoplasias malignas femeninas (10), contribuyendo de esta manera a la morbilidad en este grupo prioritario de la población.

Conforme a lo mencionado, se tiene claro que no existen estadísticas ni registros del estudio del aborto recurrente en el Ecuador, siendo fundamental conocer al número real de pacientes afectadas actualmente que acuden al sistema público de salud, así como el estudio de la caracterización del aborto recurrente , ya que como tal el ministerio de salud no cataloga como aborto recurrente a este tipo de aborto, sino que lo engloba en una clasificación general llamada abortos no especificados, sin embargo en el Hospital Vicente Corral Moscoso lo denomina aborto habitual o recurrente Cie10: N96

Por lo expuesto, el presente estudio pretende dar respuesta a la siguiente pregunta:  
¿Cuáles son las características asociadas al aborto recurrente, Cuenca?

Johanna del Carmen Bravo Durán

Jenny Maribel Cajamarca Calle



## 1.2 JUSTIFICACIÓN

El análisis del aborto recurrente de forma separada de los otros tipos de aborto, trae algunas ventajas como el de dirigir la atención del estudio a la caracterización del aborto recurrente, en diferente índole como biológicos, sociales, cultural entre otros, a fin de detectar posibles condiciones no tomadas en cuenta al ser estudiados de una manera conjunta con los demás abortos.

A la fecha no se cuentan con estadísticas locales acerca del aborto recurrente sobre la influencia de las características y su comportamiento según los factores sociodemográficos de las mujeres en edad fértil, dicha acción forma parte netamente del ámbito de la prevención de abortos recurrentes, así como la detección oportuna de patologías infrecuentes e infra diagnosticadas como síndrome antifosfolípídico o trombofilias.

Los resultados podrán contrastarse con los datos escasos disponibles en la actualidad para mejorar y replantear decisiones en este ámbito clínico, con el objeto de ofrecer la mejor evidencia a las pacientes, así como potenciar el enfoque de prevención que mantiene el Ministerio de Salud pública, además de servir como base actualizada para estudios más complejos como proyectos de intervención.

Complementario a lo comentado previamente, al tener una idea clara de las características que aumenten la probabilidad de desarrollar un aborto recurrente, de una manera indirecta se puede fortalecer los programas sanitarios dedicados a mejorar la calidad de vida de las mujeres en edad fértil.

Las mujeres en edad fértil se convertirían en el grupo directo más favorecido, tanto en términos de salud como económicos, de la misma forma el ministerio reduciría sus costos en atención y tratamiento de estas pacientes al reducir su prevalencia mediante estrategias de promoción y prevención en función de las características del aborto recurrente encontradas.

El presente tema de investigación, “Caracterización del aborto recurrente en mujeres de edad fértil, Hospital Vicente Corral, Moscoso, 2018”. Se adscribe a los lineamientos de investigación del Ministerio de Salud Pública del Ecuador actualmente vigentes.

Johanna del Carmen Bravo Durán

Jenny Maribel Cajamarca Calle

## CAPÍTULO 2

Según la Organización Mundial de la Salud, el aborto se define como “la interrupción de un embarazo después de la implantación del huevo fecundado en el endometrio previo a que el embrión tenga viabilidad”, y como aborto espontáneo a la paralización de la gestación cuando el feto o embrión tenga un peso inferior a los 500 miligramos o que este entre las 20 a 22 semanas de gestación o menos (3).

Existe controversia en la denominación del aborto recurrente, en el caso de la Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Salud Pública MSP) del Ecuador, se la define como “pérdida espontánea en dos o más ocasiones de manera secuencial o alterna” (5), según la Organización Mundial de la Salud (OMS) por su parte la puntualiza como la “presencia de 3 o más abortos consecutivos antes de las 20 semanas de gestación cada una con un feto menor de 500 g de peso” (11).

La Sociedad Europea para la Reproducción Humana y Embriología (ESHRE) la especifica como la “pérdida de dos o más embarazos antes de las 10 semanas de gestación” (12), y el Colegio Americano de obstetras y Ginecólogos para la Medicina reproductiva como “2 o más embarazos fallidos consecutivos confirmados por ultrasonido o examen histopatológico”; en el caso de ser el primer aborto en una mujer se lo denomina primaria y si recurre se lo llama aborto recurrente secundario (13).

Se proyecta que aproximadamente el 30% de todas las gestas terminaran en aborto, el 20% ocurre antes de evidenciarlo con ecografía y el 10% después de aquello, el aborto recurrente está presente en el 1% de la población general si lo relacionamos con la definición de tres o más pérdidas gestacionales, pero si nos referimos a la definición de dos o más pérdidas esta frecuencia alcanza hasta un 5%, hay que tomar en cuenta que estas definiciones excluyen a los abortos molares y ectópicos (14), además a nivel regional la prevalencia del aborto recurrente es del 2% (7).

En América Latina se han detectado las incidencias más elevadas de abortos a nivel mundial, con valores de 44 abortos por cada 1000 mujeres, y aporta con un 13,2% de

Johanna del Carmen Bravo Durán

Jenny Maribel Cajamarca Calle

causas para la tasa de muerte materna en general (3). El Aborto recurrente como tal tiene una prevalencia promedio del 2% a nivel local (7), encontrándose dentro de los rangos promedio a nivel mundial que son del 1 a 5% (4).

Se conoce que, de todos los embarazos clínicamente identificados, entre un 10 al 15% terminan en abortos, dicha eventualidad sucede generalmente antes de las primeras 8 semanas, después de este periodo dicha incidencia disminuye a aproximadamente un 3%, sin embargo, dichas estadísticas son considerablemente más elevadas en una paciente con antecedente de aborto previo (15).

El proceso de formación del nuevo embrión trae consigo muchos obstáculos, se estima que hasta el 50% de cigotos no llegaran a madurar a blastocistos y que los que si pasen esta fase el 40% no lograra implantarse, este inconveniente es menor cuando ya se forma el sistema cardiológico a partir de esta etapa presenta menos dificultades, sin embargo, en pacientes con antecedentes de pérdidas gestacionales dicho período sigue siendo peligroso, esto traduce justamente al hecho de que en el 60% de los casos no se conoce su etiología y que de los conocidos las causas cromosómicas son las más frecuentes por ello es que antes del primer trimestre las pérdidas son mayores (15).

Por otro lado en el ámbito legal, el Código Penal Ecuatoriano en los artículos 149 y 150, el aborto esta únicamente permitido en dos circunstancias, la primera cuando el embarazo pone en peligro la vida de la mujer y segundo cuando el embarazo es consecuencia de la violación a una mujer con discapacidad mental; si el aborto no se produce en estos contextos está penalizado de 1 a 3 años de cárcel para quienes lo realicen y de 6 meses a 2 años para las pacientes que permitan que se les realice (32).

### **2.1.1 FACTORES ASOCIADOS AL ABORTO RECURRENTE**

Varias son las características que se asocian con el aborto recurrente, a pesar de ello un gran porcentaje sigue teniendo una causa desconocida, estas características pueden reunirse en causas genéticas, anatómicas, inmunológicas, endocrinas, infecciosas, trombofilicas, psicológicos o factores ambientales – epidemiológicos. (16)

**1. Factores genéticos:** esta etiología representa el 5% de los abortos recurrentes, la edad avanzada materna puede llegar a aumentar este riesgo en un 50%, de igual

Johanna del Carmen Bravo Durán

Jenny Maribel Cajamarca Calle

forma la edad avanzada paterna al promover alteraciones cromosómicas tipo aneuploidías y mosaicismos, en el primer caso en cambio por la mala calidad de los oocitos (17). Según *Dugalic et al*, el 65% de embarazadas que desarrollaron muerte fetal inesperada, restricción del crecimiento intrauterino y desprendimiento de placenta presentaban alguna trombofilia hereditaria (18).

**2. Factores epidemiológicos:** el antecedente de aborto previo aumenta importantemente las posibilidades de presentar uno nuevo, de hasta el 40% al tercer aborto, por su parte el tener hábitos tóxicos como alcohol y cigarrillo se han relacionado levemente con el riesgo de presentar abortos, finalmente la obesidad aumenta en 3 veces la probabilidad de ocurrencia del aborto (14).

La obesidad está considerada como un factor de riesgo claramente relacionado con la pérdida de embarazos concebidos, así como de abortos recurrentes; según *Kawasumi et al*, en su estudio la frecuencia de abortos espontáneos en mujeres obesas fue del 58% y en embarazadas no obesas del 37%, dando así un riesgo de 1 a 3 veces el riesgo de presentar aborto (19).

**3. Factores anatómicos:** las alteraciones estructurales uterinas y de sus anexos ya sean congénitas o adquiridas están claramente asociada a pérdidas de embarazos, se manera general se conoce que representan al 12% de las causas de abortos recurrentes, esto debido a la modificación de sitios en donde se produce la embriogénesis, se conoce que la prevalencia de anomalías del sistema reproductor femenino es del 12,5% tras un aborto y del 29,4% luego de más de un aborto (13).

En México un estudio realizado por *Medrano et al*. Determinó que la prevalencia de alguna anomalía anatómica en las pacientes con cuadro de aborto recurrente estudiadas fue del 41,5%, siendo los diagnósticos más frecuentes la incompetencia cérvico vaginal, el útero septado, y las sinequias uterinas, de este grupo de enfermedad el 35,6% explicó el total de abortos recurrentes de la muestra analizada; cabe mencionar que el 40,4% de las madres tuvieron 4 gestas, además el 44,1% presentó sobrepeso, y la mayor parte de pacientes no tuvieron como tal un parto (61,2%) o cesárea (65,4%), (33).

**4. Factores inmunológicos:** gran parte de las causas desconocidas de los abortos

Johanna del Carmen Bravo Durán

Jenny Maribel Cajamarca Calle

recurrentes se atribuyen al factor aloinmunológico, debido a que el feto se comporta como un trasplante mantiene la condición de aceptación o rechazo por parte de los tejidos maternos, esto mediado por las células T citotóxicas, un aumento del complejo de histocompatibilidad, función alterada de las células Natural Killer y la generación de isoanticuerpos citotóxicos maternos (20); este acto se produce al interaccionar las células sanguíneas del feto con la madre, dicha producción de anticuerpos pueden llegar a estar presente hasta en el 75% de los embarazos y se exacerban con la edad materna avanzada. (21)

Por su parte el Síndrome Antifosfolípídico, es responsable de hasta el 25% de abortos recurrentes, y la presencia de dichos anticuerpos en mujeres con morbilidad obstétrica varía del 5 al 50%; es importante mencionar la presencia de lupus anticoagulante en mujeres en edad fértil es del 14% pero dicha cifra sube hasta un 30% en mujeres con antecedentes de pérdidas fetales, esta causa inmunológica es la primera sospecha diagnóstica a descartar en caso de abortos recurrentes (22).

**5. Factores infecciosos:** el estudio de los microorganismos patógenos como desencadenante de abortos repetidos no han mostrado que sea una de sus principales causas, pues explica el 4% de todos estos abortos, pero únicamente cuando alguna infección se mantenga de manera crónica como la vaginosis bacteriana o cuando la flora vaginal normal se encuentra alterada, dichas condiciones aumentan en 2 veces la probabilidad de pérdida gestacional con especial preferencia a partir del segundo trimestre, por su parte las infecciones pertenecientes al complejo TORCH no han demostrado sean una causa específica de aborto recurrente (23),(24).

**6. Factores psicoemocionales:** el aspecto psicológico de la madre en especial es de vital importancia para afrontar la etapa del embarazo, de hecho, esta etapa trae consigo una carga de ansiedad y depresión muy altas (25), un estudio realizado por *Adib & Basirat*, reporta que este efecto es más significativo cuando una madre ha presentado un aborto previo, pues el estado emocional para el siguiente embarazo está condicionado por la posibilidad de repetirlo, dicho estudio comenta que puede elevarse hasta en 2 veces la posibilidad de desarrollar un aborto recurrente tras 12 meses del previo, además comenta que el residir en el sector rural puede empeorar esta situación

Johanna del Carmen Bravo Durán

Jenny Maribel Cajamarca Calle



(26).

Según *Want et al*, en su estudio concluye que a nivel laboral ciertos factores como el estrés laboral, las horas de trabajo irregulares, falta de sueño, así como un alto esfuerzo durante el trabajo fueron los principales factores de riesgo en este ámbito para desarrollar aborto espontáneo recurrente en las mujeres en edad fértil con edades de 25 a 35 años (27).

**7. Factores trombolíticos:** en este caso se encuentran las trombofilias tanto adquiridas como el síndrome antifosfolipídico y mutación del factor V, como las congénitas, entre ellas las mutaciones del factor V de Leiden, protrombina, metiltetrahidrofolato reductasa, antitrombina III (AT-III), proteína C (PC) y proteína S (PS), también están descritas las disfibrinogenemias y la homocistinuria. Estas etiologías son unas de las causas más infrecuentes de aborto recurrente en cuanto a las trombofilias congénitas, básicamente debido a la trombosis que generan en la circulación útero placentaria (28).

Es importante indicar que las pacientes con perfil para buscar algún tipo de trombofilia son pacientes con eventos trombóticos menores de 40 años, que sea de causa desconocida, recurrente, en sitios pocos habituales, en quienes presenten antecedentes familiares de trombofilias, presencia del cuadro a pesar de recibir anticoagulantes; considerando que el embarazo como tal es una condición fisiológica protrombotica si a esto le sumamos alguna trombofilia la paciente tiene un riesgo muy elevado de manifestar estos cuadros (29).

**8. Factores endócrinos:** varias patologías de carácter endocrino se han relacionado estrechamente con la pérdida gestacional, tal es el caso de las alteraciones tiroideas, hiperprolactinemia, diabetes mellitus, síndrome de ovario poliquístico, y defectos del cuerpo lúteo, en conjunto significan el hasta un 15% de todos los abortos recurrentes, estas alteraciones tienen con denominador común la afección a la secreción hormonal normal en el proceso de la reproducción, con ello limitan el desarrollo embrionario y sostén del embarazo, en el caso de la diabetes en pacientes que llevan un adecuado control la probabilidad de pérdida del embarazo es del 15%, pero cuando esta afección inadecuadamente controlada la posibilidad de pérdida se eleva a un 45%. (30)

Johanna del Carmen Bravo Durán

Jenny Maribel Cajamarca Calle



Recientemente, una investigación analizó al endometrio como causa del aborto recurrente mediante dos variables, el componente histológico y el desarrollo endometrial analizando su respuesta a la E ciclina que promueve el crecimiento glandular, pudiendo concluir que aquellas mujeres con una respuesta a la progesterona muy elevada en el día 15 y que a nivel histológico manifiestan el día 24 una detección del crecimiento glandular, tienen un 10,5 menos probabilidades de quedar embarazadas que las que responden adecuadamente y tienen una biopsia normal (31).

Johanna del Carmen Bravo Durán

Jenny Maribel Cajamarca Calle



## **CAPÍTULO 3**

### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Caracterizar el aborto recurrente en mujeres de edad fértil. Hospital “Vicente Corral Moscoso”, 2015-2019.

### **3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Describir el aborto recurrente de acuerdo con las variables sociodemográficas: edad, escolaridad, etnia, residencia, ocupación, estado civil.
2. Describir el aborto recurrente según los antecedentes ginecobstetricos (número de gestas, abortos previos, partos previos)
3. Analizar las características clínicas (fumadora, bebedora, estado nutricional, diabetes Mellitus, patología tiroidea, síndrome de ovario poliquístico, síndrome antifosfolipídico, infecciones genitourinarias, infecciones vaginales, alteraciones anatómicas uterinas) del aborto recurrente.

Johanna del Carmen Bravo Durán

Jenny Maribel Cajamarca Calle



## CAPÍTULO 4

### 4.1 TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio es cuantitativo descriptivo de corte transversal

### 4.2 AREA DE ESTUDIO

El estudio se llevó a cabo en la provincia del Azuay- Cuenca en el Hospital Vicente Corral Moscoso.

### 4.3 UNIVERSO Y MUESTRA

**Universo:** Historias clínicas de mujeres en edad fértil con diagnóstico de aborto recurrente en el Hospital Vicente Corral Moscoso durante el periodo 2015-2019.

Para el cálculo del tamaño de la muestra se consideró una población infinita, con una prevalencia esperada del 2%, un nivel de confianza del 95% y una precisión del 3%. Con los cuales el tamaño de la muestra calculada es de 83 historias clínicas.

#### Tipo de Universo: infinito

<b>N:</b> población (universo)	<b>N:</b> población (universo)
<b>n:</b> muestra	<b>n:</b> muestra
<b>p:</b> prevalencia (probabilidad de ocurrencia)	<b>p:</b> 0.02 (2%)
<b>q:</b> probabilidad de no ocurrencia.	<b>q:</b> 0.98 (98%)
<b>z:</b> nivel de confianza	<b>z:</b> 1.96 (95%)
<b>e:</b> error de inferencia	<b>e:</b> 0.03 (3%)

$$n = \frac{p \times q \times z^2}{e^2}$$

$$n = \frac{0.02 \times 0.98 \times (1.96)^2}{(0.03)^2}$$

Johanna del Carmen Bravo Durán  
Jenny Maribel Cajamarca Calle

**n= 83 pacientes.**

#### **4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

##### **Criterios de inclusión:**

- ✓ Historias clínicas con diagnóstico de aborto recurrente.
- ✓ Historias clínicas que aporten información necesaria.

##### **Criterios de exclusión:**

- ✓ Historias clínicas incompletas.
- ✓ Abortos ectópicos o molares.

#### **4.5 VARIABLES**

Las variables para considerar son: edad, escolaridad, etnia, residencia, ocupación, estado civil. Variables gineco obstétricas: número de gestas, abortos previos, partos previos. Características clínicas: fumadora, bebedora, estado nutricional, diabetes Mellitus, patología tiroidea, síndrome de ovario poliquístico, síndrome antifosfolipídico, infecciones genitourinarias, infecciones vaginales, alteraciones anatómicas uterinas.

#### **4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS**

##### **4.6.1 MÉTODO**

El método de investigación es cuantitativo descriptivo corte transversal.

##### **4.6.2 TÉCNICAS**

Documental, indirecta mediante la revisión de las historias clínicas, para lo cual se realizó un cuestionario, por parte de las autoras, con ello, se formuló una serie de preguntas que permitirán medir una o más variables las mismas que ayudarán para la recolección de datos y posteriormente realizar el análisis correspondiente.

Johanna del Carmen Bravo Durán

Jenny Maribel Cajamarca Calle



#### **4.6.3 INSTRUMENTO**

Se utilizó un cuestionario (Anexo 3) en el mismo constan factores sociodemográficos: edad, escolaridad, etnia, residencia, ocupación, estado civil, antecedentes obstétricos: número de partos, abortos previos, partos previos y las características para el aborto recurrente: fumadora, bebedora, estado nutricional, diabetes Mellitus, patología tiroidea, síndrome de ovario poliquístico, síndrome antifosfolipídico, infecciones genitourinarias, infecciones vaginales, alteraciones anatómicas uterinas; edad, escolaridad, etnia, residencia, ocupación, estado civil.

#### **4.7 PROCEDIMIENTOS**

Antes de realizar el proyecto de investigación se oficializaron los trámites legales y autorización necesaria para su elaboración y aprobación ante la Comisión de Proyectos de Investigación de la Facultad de Ciencias Médicas, y del Comité de Docencia e Investigación del Hospital Vicente Corral Moscoso.

No hubo la necesidad de realizar un pilotaje puesto que el estudio trata de analizar características descriptivas en una población claramente definida, pacientes con aborto recurrente, cuya recolección de datos se la hizo en las historias clínicas por las autoras, por lo que no tuvieron que intervenir los pacientes con sus interpretaciones, y de tener un nivel exploratorio antes que explicativo justifican la no realización de pruebas piloto en el presente estudio.

#### **4.8 AUTORIZACIÓN**

La autorización y aprobación fueron oficializadas desde las autoridades del departamento de investigación y docencia del Hospital Vicente Corral Moscoso y así también, a la comisión de investigación de la Facultad de Ciencias Médicas.

#### **4.9 CAPACITACIÓN**

Se realizó revisiones bibliográficas, documentos científicos, artículos relacionados al tema de investigación.

Johanna del Carmen Bravo Durán

Jenny Maribel Cajamarca Calle

#### **4.10 SUPERVISIÓN**

El presente estudio está bajo la supervisión de la Lic. Diana Sánchez.

#### **4.11 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS**

Los datos recogidos fueron digitalizados en una base de datos en el paquete estadístico SPSS 25, a partir de ésta se generaron tablas de distribuciones para todas las variables, además, como resultados estadísticos de tendencia central y de dispersión según la variable. Previo al análisis se realizó una verificación de la base para confirmar que los datos ingresados sean correctos.

#### **4.12 ASPECTOS ÉTICOS:**

Autorización por el comité de investigación, Hospital Vicente Corral Moscoso y de la Universidad de Cuenca CTT, en base a las siguientes consideraciones:

- El estudio estuvo sujeto a revisión por parte del comité de bioética de la Universidad de Cuenca en cualquier momento.
- Con el fin de velar por los principios bioéticos de autonomía y no maleficencia del paciente al dar lectura a su historial clínico, se emitió una carta de bioética (Anexo 2) en el que se detalla el compromiso de las autoras de no alterar datos de la historia clínica ni divulgar los mismos a fin de preservar los mencionados principios bioéticos, siendo utilizada la información única y exclusivamente para fines investigativos del estudio.
- Se recalca en la ausencia de riesgo de datos de identificación, y en el resguardo de la información obtenida mediante las codificaciones respectivas.
- La información obtenida permanecerá por un máximo de 2 años tras su culminación en la base de datos de la facultad de la Universidad de Cuenca, una vez finalizada este período de tiempo las autoras eliminarán dicha información.

El financiamiento de la presente investigación lo cubren en su totalidad las autoras principales, se expresa además que no hay conflictos de interés con ninguna persona ni entidad.

Johanna del Carmen Bravo Durán

Jenny Maribel Cajamarca Calle

## CAPÍTULO V

**Tabla 1. Caracterización de 83 historias clínicas de mujeres con diagnóstico de aborto recurrente según grupos de edad, Hospital Vicente Corral Moscoso 2015 – 2019.**

VARIABLE		N=83	%
Grupos de edad	Menor a 20 años	5	6
	20 a 30 años	33	39,8
	Mayor a 30 años	45	54,2

*Fuente:* Base de datos *Elaboración:* Johanna Bravo, Jenny Cajamarca.

Se puede observar en la presente tabla que la mayor parte de pacientes con cuadro de aborto recurrente tiene una edad mayor a los 30 años en el 54,2% de los casos.

**Tabla 2. Caracterización de 83 historias clínicas de mujeres con diagnóstico de aborto recurrente según escolaridad, Hospital Vicente Corral Moscoso 2015 – 2019.**

VARIABLE		n=83	%
Aborto previo	Si	33	39,8
	No	50	60,2
Gestas previas	Media: 3,6		

*Fuente:* Base de datos *Elaboración:* Johanna Bravo, Jenny Cajamarca.

Se puede observar que el antecedente de aborto previo lo tuvieron el 39,8% de las pacientes, y que tuvieron un promedio de 3,6 gestas previas.

Johanna del Carmen Bravo Durán

Jenny Maribel Cajamarca Calle

**Tabla 3. Caracterización de 83 historias clínicas de mujeres con diagnóstico de aborto recurrente según escolaridad, Hospital Vicente Corral Moscoso 2015 – 2019.**

VARIABLE		N=83	%
Escolaridad	Ninguna	0	0
	Primaria	31	37,3
	Secundaria	45	54,2
	Superior	7	8,4
TOTAL		100	100

*Fuente:* Base de datos *Elaboración:* Johanna Bravo, Jenny Cajamarca.

Con relación a la escolaridad; la instrucción secundaria con el 54,2%, con el 37,3% primaria, y el 8,4% representa a un nivel de educación superior.

**Tabla 4. Caracterización de 83 historias clínicas de mujeres con diagnóstico de aborto recurrente según etnia, Hospital Vicente Corral Moscoso 2015 - 2019.**

VARIABLE		n=83	%
Etnia	Mestiza	81	97,6
	Indígena	0	0
	Otro	2	2,4
TOTAL		83	100

*Fuente:* Base de datos *Elaboración:* Johanna Bravo, Jenny Cajamarca.

La etnia mestiza está representada con el 97,6%, y con el 2% a otros.

Johanna del Carmen Bravo Durán

Jenny Maribel Cajamarca Calle

**Tabla 5. Caracterización de 83 historias clínicas de mujeres con diagnóstico de aborto recurrente según residencia, Hospital Vicente Corral Moscoso 2015 - 2019.**

VARIABLE		n=83	%
RESIDENCIA	Urbana	32	38,6
	Rural	51	61,4
TOTALES		83	100

*Fuente:* Base de datos *Elaboración:* Johana Bravo, Jenny Cajamarca.

La edad fértil en las historias clínicas revisadas se evidencio que: con diagnóstico de aborto recurrente residen en el sector rural representa el 61,4%, mientras que el 38,8% al área urbana.

**Tabla 6. Caracterización de 83 historias clínicas de mujeres con diagnóstico de aborto recurrente según ocupación, Hospital Vicente Corral Moscoso 2015 - 2019.**

VARIABLE		n=83	%
Ocupación	Profesional	12	14,5
	Agricultura	3	3,6
	Artesana	2	2,4
	QQDD	52	62,7
	Estudiante	5	6
	Otros	9	10,8
TOTAL		83	100

*Fuente:* Base de datos *Elaboración:* Johanna Bravo, Jenny Cajamarca.

Con relación a la ocupación se determina que los Quehaceres domésticos es la que obtuvo el 62,7%, con el 14,5% ejerce alguna profesión, otros cuenta con el 10,8%, el 6% está cursando estudios, el 3,6% se dedica a la agricultura y con el 2,4% es artesana.

Johanna del Carmen Bravo Durán

Jenny Maribel Cajamarca Calle

**Tabla 7. Caracterización de 83 historias clínicas de mujeres con diagnóstico de aborto recurrente según estado civil, Hospital Vicente Corral Moscoso 2015 - 2019.**

VARIABLE		n=83	%
Estado Civil	Soltera	14	16,9
	Casada	47	56,6
	Divorciada	1	1,2
	Unión libre	21	25,3
TOTALES		83	100

*Fuente:* Base de datos *Elaboración:* Johanna Bravo, Jenny Cajamarca.

El estado civil con el 56,6% están casadas seguido de la unión libre con el 25,3%, mujeres solteras con un 16,9% en las mujeres con diagnóstico de aborto recurrente.

**Tabla 8. Caracterización de 83 historias clínicas de mujeres con diagnóstico de aborto recurrente según número de diagnósticos, Hospital Vicente Corral Moscoso 2015 - 2019.**

VARIABLE		n=83	%
Número de diagnósticos	1	22	26,5
	2	32	38,6
	3	13	15,7
	4	14	16,9
	5	1	1,2
	6	1	1,2

*Fuente:* Base de datos *Elaboración:* Johanna Bravo, Jenny Cajamarca.

Se puede determinar que, la mayor parte de pacientes tuvieron 2 diagnósticos adicionales al aborto recurrente (38,6%), seguidos de un diagnostico (26,5%).

Johanna del Carmen Bravo Durán

Jenny Maribel Cajamarca Calle



**Tabla 9. Caracterización de 83 historias clínicas de mujeres con diagnóstico de aborto recurrente según factores de riesgo, Hospital Vicente Corral Moscoso 2015 - 2019.**

VARIABLE		n=83	%
<b>Síndrome Ovario Poliquístico</b>	Si	33	39,8
	No	50	60,2
<b>Alcohol</b>	Si	7	8,4
	No	76	91,6
<b>Patología Tiroidea</b>	Si	27	32,5
	No	56	67,5
<b>Diabetes Mellitus</b>	Si	13	15,7
	No	70	84,3
<b>Síndrome Antifosfolípídico</b>	Si	22	26,5
	No	61	73,5
<b>Infección vaginal</b>	Si	50	60,2
	No	33	39,8
<b>Infección genitourinaria</b>	Si	19	22,9
	No	64	77,1
<b>Alteraciones uterinas</b>	Si	21	25,3
	No	62	74,7
<b>Fumadora</b>	Activa	4	4,8
	Pasivo	42	50,6
	Ninguna	37	44,6
<b>Estado nutricional</b>	Bajo peso	3	3,6
	Normal	32	38,6
	Sobrepeso	38	45,8
	Obesidad	10	12

Fuente: Base de datos Elaboración: Johanna Bravo, Jenny Cajamarca.

Los factores de riesgo más frecuentes en las mujeres en edad fértil con diagnóstico de aborto recurrente fueron la infección vaginal (60,2%), el ser fumadora pasiva (50,6%) y tener sobrepeso (45,8%).

Johanna del Carmen Bravo Durán

Jenny Maribel Cajamarca Calle

**Tabla 10. Caracterización de 83 historias clínicas de mujeres con diagnóstico de aborto recurrente según partos previos, Hospital Vicente Corral Moscoso 2015 - 2019.**

Factor de riesgo		n=83	%
Partos previos	Vaginal	30	36,1
	Cesárea	11	13,3
	Ninguna	42	50,6

*Fuente:* Base de datos *Elaboración:* Johanna Bravo, Jenny Cajamarca.

Se puede determinar que, la mayor parte de mujeres con diagnóstico de aborto recurrente no tuvo partos (50,6%), seguidas de las que tuvieron parto vía vaginal con el 36,1%.

Johanna del Carmen Bravo Durán

Jenny Maribel Cajamarca Calle

**Tabla 11. Relación entre índice de masa corporal y grupos de edad, de 83 madres con cuadro de aborto recurrente, Hospital Vicente Corral Moscoso 2015 - 2019.**

IMC	Grupos de Edad						Total	
	Menor a 20 años		20 a 30 años		Mayor a 30 años			
	n:5	%	n:33	%	n:45	%	N:83	%
Bajo peso	0	0	2	6,1	1	2,2	3	3,6
Normal	2	40	14	42,4	16	35,6	32	38,6
Sobrepeso	3	60	12	36,4	23	51,1	38	45,8
Obesidad	0	0	5	5,2	5	11,1	10	12

*Fuente:* Base de datos *Elaboración:* Johanna Bravo, Jenny Cajamarca.

En la presente tabla se puede establecer que, en los grupos de edad menor a 20 años y mayor a 30 años el sobrepeso sobresale como estado nutricional más frecuente con el 60% y el 51,1% respectivamente, y para el caso del grupo de edad de entre los 20 a 30 años, prevaleció un índice de masa corporal normal.

Johanna del Carmen Bravo Durán

Jenny Maribel Cajamarca Calle

## CAPÍTULO VI

### 6.1 DISCUSIÓN

El aborto considerado un problema de salud pública por muchos organismos debido a las secuelas que puede dejar, el componente socioeconómico involucrado, al aumento de la morbi mortalidad importante en grupos especiales como lo son las mujeres en edad fértil, y el componente legal que implica; factores que no son del todo fácil equilibrar para poder dar la mejor solución y que al contrario, con el pasar del tiempo va tomando posición dentro de las principales patologías con mayor incapacidad y letalidad.

En un rango de 4 años se obtuvo un total de 83 historias clínicas de pacientes con un cuadro de aborto recurrente, cabe mencionar que el subregistro de dicho diagnóstico en los reportes clínicos fueron un factor en contra para poder concretar el número real de pacientes que padecieron de esta entidad clínica con mayor facilidad, debido a factores como la elevada demanda de pacientes, un sistema estadístico frágil, y la falta de personal dedicado a este fin, a pesar de aquello nos podemos contrastar con un estudio realizado en Guayaquil en donde recolectaron información entre los años 2013 a 2015, y lograron obtener un total de 86 pacientes con esta condición, proyectando una prevalencia del 5,7% (34).

Socio demográficamente la muestra estuvo caracterizada por pacientes con edades mayores a los 30 años, que tuvieron una escolaridad de secundaria, casadas en su mayoría, que se dedican a los quehaceres domésticos, y con una residencia ubicada generalmente en el sector rural. Con respecto a la edad, pudimos determinar que la mayor parte de las usuarias fueron madres añosas, lo que si asociamos con la literatura, podemos encontrar su la relación claramente definida entre estas dos variables, recalcando así que la edad es un factor de riesgo para el aborto recurrente; similar situación lo revelan *Cuba & Ramirez*, en su estudio manifiestan que el 64% de las madres con edad avanzada presentaban paralelamente aborto recurrente, teniendo un promedio de edad de la última gesta de 30 años, además indican que este riesgo se aumenta 4 veces el riesgo de presentar un aborto recurrente (35).

Johanna del Carmen Bravo Durán

Jenny Maribel Cajamarca Calle

La edad según un estudio chileno realizado por *Germain et al.* Es uno de los factores más importantes relacionado con el aborto recurrente, debido a la deficiencia tanto en el número como en la calidad de los ovocitos, e incluso indica que la edad del padre también juega un papel fundamental si ambos progenitores tienen edades por sobre los 35 años (14), por su parte un estudio efectuado por *Mendoza y colaboradores*, aporta mencionando que la edad materna tiene un claro vínculo con la trisomía autosómica y otros tipos de mutaciones genéticas que aumentan la probabilidad de aborto en una madre añosa (16); sumado a ello, a la fecha actual el factor social puede aumentar dichas cifras por la introducción a la fuerza económica y académica del sexo femenino en la sociedad, observándose con mayor frecuencia mujeres que cumplen sus expectativas formativas sobre los 30 años y a partir de aquí recién pretender formar una familia.

Por otro lado, los antecedentes gineco-obstétricos observados en nuestro estudio pudieron determinar que el antecedente de un aborto previo lo tuvieron el 39,8% de las pacientes, con una media de 3,6 gestas previas; respecto a ello, según *Sane et al*, en su artículo mencionan que la multiparidad es un factor que se asocia de manera proporcional con la probabilidad de aborto recurrente, debido su relación con la edad materna y por un fenómeno conocido como "compensación reproductiva" explicando que se trata sobre los intentos reiterados por lograr la gestación tras pérdidas recurrentes de embarazos (17),

Complementario a ello, *Avila Garcia et al*; mencionan que el antecedente de pérdida gestacional es un factor de igual manera proporcional a la posibilidad de desarrollar aborto recurrente, y expresa que tras presentar 1 aborto previo la probabilidad de volver a perder un embarazo es del 14 al 21 % (15), de igual forma, *Mendoza y colaboradores*, comentan en su revisión que hay un 15% de riesgo de presentar un aborto espontáneo en mujeres sin pérdidas gestacionales previas, dicha cifra se eleva al 26%, 32% y el 40% tras dos, tres o cuatro abortos previos respectivamente, y sugiere considerar un análisis exhaustivo cuando ya existen 2 pérdidas (16), en nuestro país aún se mantiene tasas de natalidad elevadas en cierta manera explicada por la alta incidencia del embarazo

Johanna del Carmen Bravo Durán

Jenny Maribel Cajamarca Calle

adolescente, escenarios reales tales como una madre embarazada joven o menor de edad, con una condición socioeconómica baja, sin cumplir aun sus metas personales la condicionan a tener como opción el aborto, siendo esta la realidad más frecuente en la caracterización social del aborto en nuestro país, predisponiéndose a padecer ciertas afecciones como el aborto recurrente (6).

Por su parte, los factores de riesgo que más frecuentemente estaban presentes en las pacientes con diagnóstico de aborto recurrente fueron las infecciones vaginales, el sobrepeso y el ser fumadora; el 60% de las pacientes con dicho diagnóstico tuvo algún tipo de infección vaginal; hecho ya manifestado por otros estudios como *Chavez & Aveiga*, quienes en su proyecto de investigación mencionan que la comorbilidad más importante en pacientes nulíparas fue la infección por el Virus del Papiloma Humano, añaden que posiblemente se deba a la estrecha relación que tienen las pacientes nulíparas con un alto número de parejas sexuales (36); por otro lado se ha reportado que el aborto recurrente está relacionado con el aborto temprano, y este a su vez con infecciones vaginales como por *chlamydia trachomatis*, con una presencia de este patógeno en el 34,2% de estas pacientes (37), y de hecho en sus protocolos de manejo consta el descartar a este patógeno en pacientes con abortos a repetición.

Se pudo establecer además que la mayor parte de la población estudiada, presentó una condición de sobrepeso, hecho que en la literatura está descrito como uno de los factores de riesgo más importantes; de por sí, ya la evidencia informa que aquellas mujeres con un índice de masa corporal superior a los 30, tienen 1,2 veces más riesgo de desarrollar un aborto en las primeras semanas de gestación, y aumenta a 3,5 veces para el aborto recurrente justamente por alteraciones como el hiperandrogenismo, insulinoresistencia e hiperinsulinemia que implica (19), detalla *Matzumura et al*, en su revisión que las placas de ateroma en pacientes con aterosclerosis tiene correlación con el síndrome antifosfolipídico, debido a que la cardiolipinas oxidadas son un determinante antigénico para varios anticoagulantes lúpicos (22), motivo por el cual no solo se debería tomar en cuenta al sobrepeso u obesidad como factores predisponentes, sino que también a la presencia de aterosclerosis.

Johanna del Carmen Bravo Durán

Jenny Maribel Cajamarca Calle

El hábito nocivo de fumar cigarrillo se pudo observar que es una realidad presente en un buen porcentaje de pacientes con aborto recurrente, en nuestro estudio la mitad de los casos reportados tenía como hábito ser fumadora, una investigación efectuada en la ciudad de *Guayaquil*, reporta de igual forma que dentro de las principales modalidades de exposición ambiental en pacientes con cuadro de aborto a repetición, el tabaco lo consumían el 35% de las usuarias, seguido del alcohol con el 26% (39), *Salas G et al*, comentan que tanto el tabaquismo activo como pasivo son determinantes en la etiología del aborto recurrente por el daño directo que ejercen a nivel placentario (24); por su parte un estudio realizado en *Guayaquil*, indica que el tabaquismo explicó en su estudio el 1,6% de las causas de aborto recurrente (34).

Se constatar por lo tanto que, una gran parte de factores de riesgo para tener pérdidas gestacionales a repetición pueden ser manejados, tales como el tabaquismo, las infecciones vaginales, sobrepeso y obesidad, pueden ser en gran medida abordados con medidas higiénico dietéticas estrictas, en las que los esfuerzos de las autoridades deberían dirigirse para fortalecer los programas preventivos sobre mencionados factores de riesgo, en todos los niveles de atención, sin descartar la ayuda de las normativas legales para su ejecución.

Finalmente, podemos confirmar que la realidad nacional no se aleja de la realidad en otros países, sobre los factores de riesgo más importantes para el desarrollo del aborto recurrente, coincidiendo con nuestros países vecinos en vías de desarrollo que los factores relacionados son totalmente modificables, tales como los hábitos nocivos, el sobrepeso e incluso el control de las infecciones vaginales, claramente podemos ver que es una problemática de salud a la que no se le da su importancia particular, pues se la debería abordar de forma puntual; en base a esto, los programas nacionales afines deberían considerar la opción de instaurar políticas directas y precisas hacia pacientes con cuadros de abortos a repetición como tal.

Johanna del Carmen Bravo Durán

Jenny Maribel Cajamarca Calle

## CAPÍTULO VII

### 7.1 CONCLUSIONES

OBJETIVOS	CONCLUSIONES
1. <i>Describir el aborto recurrente de acuerdo con las variables sociodemográficas: edad, escolaridad, etnia, residencia, ocupación, estado civil.</i>	La población estuvo caracterizada sociodemográficamente por mujeres con un grupo de edad mayor a los 30 años frecuentemente (54,2%), instrucción secundaria (54,2%), estado civil casada (56,6%), ocupación quehaceres domésticos (62,7%), etnia mestiza (97,6%); con residencia rural (61,4%);
2. <i>Describir el aborto recurrente según los antecedentes ginecobstétricos (número de gestas, abortos previos, partos previos)</i>	Los antecedentes ginecobstétricos relevantes de este grupo de pacientes fueron: aborto previo en el 39,8%, con un promedio de 3,6 gestas previas, de las cuales el 36,1% fue por vía vaginal;
3. <i>Analizar las características clínicas (fumadora, bebedora, estado nutricional, diabetes Mellitus, patología tiroidea, síndrome de ovario poliquístico, síndrome antifosfolípido, infecciones genitourinarias, infecciones vaginales, alteraciones anatómicas uterinas) del aborto recurrente.</i>	Los antecedentes patológicos constaron de: infección vaginal (60,2%), ser fumadora (50,6%) y el sobrepeso (45,8%) fueron los factores más frecuentes, cabe mencionar que el 38,6% de las pacientes presentaron 2 diagnósticos paralelos.

Johanna del Carmen Bravo Durán

Jenny Maribel Cajamarca Calle



## 7.2 RECOMENDACIONES

- Fortalecer los programas de detección de factores de riesgo modificables y de manera oportuna darles tratamiento para reducir la incidencia de aborto recurrente.
- Fortalecer en la consulta médica del sistema de salud público y privado, ofertar capacitación y educación a las pacientes jóvenes o con antecedentes ginecobstetricos ya establecidos.
- Fomentar el desarrollo de estudios complejos de intervención y de costos beneficio para lograr ofertar el mejor programa para ayudar a este grupo de la población.

Johanna del Carmen Bravo Durán

Jenny Maribel Cajamarca Calle

## CAPÍTULO VIII

### 9. BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Las mujeres y la salud. [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2009 [citado 16 de noviembre de 2019]. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70121/WHO\\_IER\\_MHI\\_STM.09.1\\_spa.pdf;jsessionid=AD7B36178C60AF3736A0A5D84590FD10?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70121/WHO_IER_MHI_STM.09.1_spa.pdf;jsessionid=AD7B36178C60AF3736A0A5D84590FD10?sequence=1)
2. Susheela S, Lisa R, Gilda S. Abortion Worldwide, Uneven progress and unequal Access. [Internet]. New York, NY: Guttmacher Institute; 2017 [citado 2 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://repository.gheli.harvard.edu/repository/12461/>
3. Organización Mundial de la Salud. Prevención del aborto peligroso [Internet]. Prevención del Aborto Peligroso. 2019 [citado 2 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>
4. Lancuba S, Grand B. Las verdaderas causas del aborto recurrente: ¿existe un lugar para la hematología? [Internet]. Argentina: Sociedad Argentina de Hematología; 2017. 409 p. (Hematología: Volumen 21 - Extraordinario XXIII Congreso Argentino). Disponible en: [http://www.sah.org.ar/revista/numeros/vol21/extra3/25-vol21-extra\\_noviembre.pdf](http://www.sah.org.ar/revista/numeros/vol21/extra3/25-vol21-extra_noviembre.pdf)
5. Ministerio de salud. Diagnostico y tratamiento del aborto espontaneo incompleto, diferido y recurrente: Guía de práctica clínica (GPC). Quito; 2013.
6. Zaragocin S, Cevallos M-R, Falanga G, Arrazola I, Ruales G, Vera V, et al. Mapeando la criminalización del aborto en el Ecuador. Rev Bioét Derecho [Internet]. 2018 [citado 2 de noviembre de 2019];(43):109-25. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1886-58872018000200009&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1886-58872018000200009&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
7. López Delgado FS, Morales Campoverde KG. Frecuencia de aborto y características socio demográficas en pacientes atendidas en el Hospital «Homero Castanier Crespo» en el año 2013. Cuenca 2014. 2015 [citado 2 de noviembre de 2019]; Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/21693>
8. Ministerio de Salud Pública. Atención del aborto terapéutico, Guía de práctica clínica 2015. [Internet]. 1er Edición; 2015 [citado 2 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/Aborto-terap%C3%A9utico.pdf>
9. Sugiura-Ogasawara M, Ebara T, Matsuki T, Yamada Y, Omori T, Matsumoto Y, et al. Endometriosis and Recurrent Pregnancy Loss as New Risk Factors for Venous

Johanna del Carmen Bravo Durán

Jenny Maribel Cajamarca Calle



Thromboembolism during Pregnancy and Post-Partum: The JECS Birth Cohort. Thromb Haemost. abril de 2019;119(4):606-17.

Johanna del Carmen Bravo Durán  
Jenny Maribel Cajamarca Calle

10. Charach R, Sheiner E, Beharier O, Sergienko R, Kessous R. Recurrent pregnancy loss and future risk of female malignancies. *Arch Gynecol Obstet*. 2018;298(4):781-7.
- 11.
12. World Health Organisation. WHO: recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths. Modifications recommended by FIGO as amended October 14, 1976. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1977;56(3):247-53.
13. Jjimenez M. Pérdida gestacional recurrente [Internet]. Plataforma de Mdscape, revisión bibliográfica 29 de Junio de 2018 [citado 3 de noviembre de 2019]. Disponible en: <http://espanol.medscape.com/verarticulo/5902886>
14. Lorenzo DF. Consenso: Aborto Recurrente FASGO 2018. Argentina - Cordova. 2018;40.
15. Alfredo Germain A, Cecilia Fabres V, Cristián Huidobro A, Emilio Fernández O. Aborto recurrente. Aproximación diagnóstica para un complejo síndrome reproductivo. *Rev Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 1 de noviembre de 2014 [citado 3 de noviembre de 2019];25(6):898-907. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864014706376>
16. Ávila Darcia S, Gutiérrez Gómez J, Ávila Darcia S, Gutiérrez Gómez J. Aborto recurrente. *Med Leg Costa Rica* [Internet]. marzo de 2017 [citado 3 de noviembre de 2019];34(1):226-36. Disponible en: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1409-00152017000100226&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1409-00152017000100226&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
17. Román LAO, Mendoza JIG, Román JMO, Granizo VMT. Aborto recurrente: etiología, diagnóstico y tratamiento. *RECIAMUC* [Internet]. 4 de junio de 2019 [citado 3 de noviembre de 2019];3(1):443-63. Disponible en: <http://www.reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/244>
18. Mateo-Sáñez HA, Mateo-Sáñez E, Hernández-Arroyo L, Rivera-Ramírez P, Mateo-Madrigal M, Mateo-Madrigal V, et al. Pérdida recurrente del embarazo: revisión bibliográfica. *Ginecol Obstet México* [Internet]. 15 de julio de 2017 [citado 3 de noviembre de 2019];84(08):523-34. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=73128>
19. Dugalic S, Petronijevic M, Stefanovic A, Stefanovic K, Petronijevic SV, Stanisavljevic D, et al. Comparison of 2 approaches in management of pregnant women with inherited thrombophilias. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 23 de agosto de 2019 [citado 24 de noviembre de 2019];98(34). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6716684/>

Johanna del Carmen Bravo Durán

Jenny Maribel Cajamarca Calle



20. Sugiura-Ogasawara M. Recurrent pregnancy loss and obesity. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol [Internet]. 1 de mayo de 2015 [citado 24 de noviembre de 2019];29(4):489-97. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521693414002570>
- 21.

22. Hao F, Zhou X, Jin L. Natural Killer Cells: Functional Differences in Recurrent Spontaneous Abortion. *Biol Reprod*. 19 de noviembre de 2019;
23. Bolívar-Mejía A, Calvo-Betancourt LS, Roberto-Avilán S, Contreras-García GA. Aborto recurrente de etiología aloinmune. *Rev Médica Risaralda* [Internet]. 21 de enero de 2013 [citado 3 de noviembre de 2019];19(1). Disponible en: <http://revistas.utp.edu.co/index.php/revistamedica/article/view/8025>
24. Matzumura Kasano JP, Gutiérrez Crespo HF, Zamudio Eslava LA. Síndrome antifosfolipídico: repercusiones maternas. *Rev Centroam Obstet Ginecol* [Internet]. 2016 [citado 3 de noviembre de 2019];69-76. Disponible en: <http://bibliomed.usac.edu.gt/revistas/revcog/2016/21/3/05.pdf>
25. Nelson DB, Bellamy S, Nachamkin I, Ness RB, Macones GA, Allen-Taylor L. First trimester bacterial vaginosis, individual microorganism levels, and risk of second trimester pregnancy loss among urban women. *Fertil Steril* [Internet]. 1 de noviembre de 2007 [citado 3 de noviembre de 2019];88(5):1396-403. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0015028207001677>
26. Salas G, Claudia M. Pérdida gestacional. *Rev Médica Costa Rica Centroamérica* [Internet]. 15 de agosto de 2016 [citado 3 de noviembre de 2019];73(619):309-15. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=67475>
27. Carvalho AC de, Silva ME da, Matos BM, Bottino CM de C, Abrahão AR, Cohrs FM, et al. Depression in Women with Recurrent Miscarriages - an Exploratory Study. *Rev Bras Ginecol E Obstet Rev Fed Bras Soc Ginecol E Obstet*. diciembre de 2016;38(12):609-14.
28. Adib-Rad H, Basirat Z, Faramarzi M, Mostafazadeh A, Bijani A. Psychological distress in women with recurrent spontaneous abortion: A case-control study. *Turk J Obstet Gynecol*. septiembre de 2019;16(3):151- 7.
29. Wang YX, Mao BH, Li J, Li YM, Dai ZR, Zhang CH, et al. [Effect of occupational stress on recurrent spontaneous abortion in women of childbearing age]. *Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi Zhonghua Laodong Weisheng Zhiyebing Zazhi Chin J Ind Hyg Occup Dis*. 20 de noviembre de 2018;36(11):840-3.
30. El Hachem H, Crepau V, May-Panloup P, Descamps P, Legendre G, Bouet P-E. Recurrent pregnancy loss: current perspectives. *Int J Womens Health* [Internet]. 17 de mayo de 2017 [citado 3 de noviembre de 2019];9:331-45. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5440030/>
31. Cid Sánchez AB, Sáez Zafra A. Pérdida gestacional recurrente y trombofilia. *Med Gen Fam* [Internet]. 1 de enero de 2015 [citado 23 de noviembre de 2019];4(1):16-7. Disponible en:

Johanna del Carmen Bravo Durán

Jenny Maribel Cajamarca Calle



<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1889543315000055>

32. Rendón S, Alejandro M. Factores relacionados a pacientes con pérdida gestacional recurrente en el Hospital de la Mujer de Aguascalientes. 29 de febrero de 2016 [citado 3 de noviembre de 2019]; Disponible en: <http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/handle/11317/468>
  33. Kliman HJ, Frankfurter D. Clinical approach to recurrent implantation failure: evidence-based evaluation of the endometrium. *Fertil Steril* [Internet]. 1 de abril de 2019 [citado 24 de noviembre de 2019];111(4):618-28. Disponible en: [https://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(19\)30122-0/abstract](https://www.fertstert.org/article/S0015-0282(19)30122-0/abstract)
  34. Rodríguez Morfa, L. (2017). Criminalización del aborto en Ecuador. Dinámicas y casos (Bachelor's thesis, Quito: Universidad de las Américas, 2017). Disponible en: <http://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/8102>
  35. Medrano, F. A., Enríquez, M. M., & Reyes, E. (2016). Prevalencia de las alteraciones anatómicas uterinas en mujeres mexicanas con pérdida gestacional recurrente. *Gac Med Mex*, 152, 163-6.
  36. Veloz Pico, N. J. (2019). Epidemiología y factores de riesgo del aborto recurrente en pacientes del Hospital Matilde Hidalgo de Procel. Universidad de Guayaquil. Tesis. Recuperado a partir de <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/44102>
  37. Alva, h. C., & espinola, a. F. R. (2020). Edad materna avanzada como factor de riesgo de aborto recurrente en el hospital belén de trujillo entre el año 2013-2018. *Hampi runa*, 19(1). Disponible en: <http://200.62.226.189/HAMPIRUNA/article/view/1452>
  38. Chávez Salgado, L. H., & Aveiga Laaz, P. D. Factores de riesgo de aborto recurrente en embarazadas nulíparas . (2018). Universidad de Guayaquil.Tesis. Recuperado a partir de <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/30635>
  39. Gutiérrez-Campos, R., Gutiérrez-Santillán, E. A., Bravo-Aguirre, D. E., del Consuelo Robles-Martínez, M., Cumplido-Mier, C. D., & Rosas-Cabralb, A. (2020). Asociación entre aborto temprano e infección por Chlamydia trachomatis en Aguascalientes, México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 58(1), 21-7.
  40. Miasnik, S., Ciarmatori, S., Hamer, J., Kuperman, N., Imaz, M. U., Pasqualini, A., ... & Aiello, H. (2017). Enfoque terapéutico de la pareja con aborto recurrente de causa no genética. *Reproducción*, 32, 37-42.
  41. Nazareno Huila ML; Análisis de los factores que generan aborto recurrente en el Hospital Civil Delfina Torres viuda de Concha; Universidad de Guayaquil. Tesis [Internet]. 2016
- Johanna del Carmen Bravo Durán
- Jenny Maribel Cajamarca Calle



Universidad de Cuenca

[citado el 30 de Julio de 2020]. Recuperado a partir de:  
<http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/46864>

Johanna del Carmen Bravo Durán  
Jenny Maribel Cajamarca Calle



## CAPÍTULO IX

### ANEXO 1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
<b>FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS</b>				
<b>Edad</b>	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento del cuidador hasta el día de la entrevista.	Tiempo	Historia clínica	Numérica
<b>Escolaridad</b>	Nivel educativo o educacional de la mujer en edad fértil.	Académica	Historia clínica	Ninguna Primaria Secundaria Superior
<b>Etnia</b>	Grupo social al que pertenece una persona, y se identifica con o es identificado por otros, como resultado de una combinación de factores culturales y de otro tipo, incluidos el idioma, la dieta, la religión, los ancestros y las características físicas tradicionalmente asociadas con la raza.	Cultural	Historia clínica	Mestiza Indígena Afroecuatoriano Otro
<b>Residencia</b>	Área geográfica en donde se ubica hogar habitual de una persona.	Geográfico	Historia clínica	Urbana Rural
<b>Ocupación</b>	Actividad manual, física, intelectual que el cuidador desempeña de forma constante dentro de una institución por lo cual es reconocido por una remuneración.	Social	Historia clínica	Profesional Agricultor Artesano QQDD Estudiante Otros
<b>Estado civil</b>	Relación de la mujer en edad fértil con el cónyuge y la organización familiar, o condición en el orden civil.	Social	Historia clínica	Soltera Casada Divorciada Unió libre Viuda
<b>ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS</b>				
<b>Numero de gestas</b>	Número de embarazos que tiene la mujer en edad fértil.	Salud	Historia clínica	Numérica

<b>Abortos previos</b>	Cualquier tipo de aborto presentado como antecedente clínico.	Salud	Historia clínica	Si No
<b>Partos previos</b>	Cualquier tipo de parto presentado que se encuentre registrado en la historia clínica.	Salud	Historia clínica	Vaginal Cesárea
<b>CARACTERÍSTICAS</b>				
<b>Fumadora</b>	Personas con una historia o el hábito de fumar	Salud	Historia clínica	Activa Pasiva Ninguna
<b>Bebedora</b>	Personas que consumen alcohol o mantienen un hábito consumo.	Salud	Historia clínica	Si No
<b>Estado nutricional</b>	Condiciones corporales que resultan de la ingestión, absorción, utilización de alimentos y de factores patológicos significativos.	Salud	Índice de masa corporal	Bajo peso Normal Sobrepeso Obesidad
<b>Diabetes Mellitus</b>	Grupo heterogéneo de trastornos caracterizados por hiperglicemia e intolerancia a la glucosa.	Salud	Historia clínica	Si No
<b>Patología tiroidea</b>	Afección clínica que altere la función normal de la glándula tiroides	Salud	Historia clínica	Si No
<b>Síndrome de ovario poliquístico</b>	Trastorno complejo caracterizado por infertilidad, hirsutismo, obesidad y algunas alteraciones menstruales como oligomenorrea, amenorrea y anovulación.	Salud	Historia clínica	Si No
<b>Síndrome antifosfolípido</b>	Patología caracterizada por la presencia de anticuerpos dirigidos contra los fosfolípidos (anticuerpos, antifosfolípidos).	Salud	Historia clínica	Si No
<b>Infección genitourinaria</b>	Grupo de enfermedades del sistema genitourinario estos son: pielonefritis, cistitis y bacteriemia asintomática.	Salud	Historia clínica	Si No
<b>Infecciones vaginales</b>	Entidades clínicas infeccioso de cualquier tipo (parasitarias, bacterianas, virales o fúngicas) que afectan al canal vaginal.	Salud	Historia clínica	Si No



<b>Alteraciones anatómicas Uterinas</b>	Enfermedades en las cuales la estructura normal del útero se ve comprometida.	Salud	Historia clínica	Si No
<b>Aborto recurrente</b>	Pérdida espontánea en dos o más ocasiones de manera secuencial o alterna	Salud	Historia clínica	Si No

*Elaboración:* Johanna Bravo, Jenny Cajamarca.



## ANEXO 2. CARTA DE BIOETICA

### CARTA DE BIOETICA

Cuenca, 25 de noviembre del 2019.

Comité de Bioética del Hospital Vicente Corral Moscoso. Su despacho: \_

Mediante la presente, las autoras Johanna del Carmen Bravo Duran y Jenny Maribel Cajamarca Calle del proyecto de investigación titulado “Factores de riesgo del aborto recurrente en mujeres de edad fértil, Hospital Vicente Corral Moscoso, 2018”, requisito obligatorio previo a la obtención del título en Licenciada en Enfermería de la Universidad de Cuenca, expresamos basadas en la Declaración de Helsinki, en función de velar por los principios bioéticos de autonomía y no maleficencia relacionados con la revisión directa del historial clínico de las pacientes que forman parte del presente estudio, garantizarlos y manejar responsable y confidencialmente la información obtenida, siendo utilizada únicamente con fines investigativos, cabe mencionar además que declaramos no tener conflictos de interés con ninguna persona ni entidad.

Atentamente: \_

Johanna Bravo

Jenny Cajamarca

C.I 0105974141

C.I 0302402805



### ANEXO 3. CUESTIONARIO DE RECOLECCION DE DATOS

FORMULARIO N°: \_\_\_\_\_

#### DATOS DE FILIACION

**EDAD:** \_\_\_\_\_ años      **ESCOLARIDAD:** Ninguna ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Superior ☐

**ETNIA:** Mestiza ☐ Indígena ☐ Afroecuatoriano ☐ Otro: \_\_\_\_\_

**RESIDENCIA:** Urbana \_\_\_\_\_ Rural \_\_\_\_\_

**OCUPACIÓN:** Profesional \_\_\_\_\_ Agricultora \_\_\_\_\_ Artesana \_\_\_\_\_ QQDD \_\_\_\_\_  
Estudiante \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

**ESTADO CIVIL:** Soltera ☐ Casada ☐ Divorciada ☐ Unión libre ☐ Viuda ☐

#### ANTECEDENTES GINECOBSTETRICOS

**NUMERO DE GESTAS:** \_\_\_\_\_

**ABORTOS PREVIOS:** Si ☐ No ☐      **PARTOS PREVIOS:** Vaginal ☐ Cesárea ☐ **ABORTO**

**RECURRENTE:** SI ☐ NO ☐

#### FACTORES DE RIESGO

**FUMADORA:** Activa ☐ Pasiva ☐ Ninguna ☐      **BEBEDORA:** Si ☐ No ☐

**ESTADO NUTRICIONAL:** Bajo peso ☐ Normal ☐ Sobrepeso ☐ Obesidad ☐

**DIABETES MELLITUS:** Si ☐ No ☐      **PATOLOGIA TIROIDEA:** Si ☐ No ☐ **SINDROME DE OVARIO POLIQUISTICO:** Si ☐ No ☐

**SINDROME ANTIFOSFOLIPIDICO:** Si ☐ No ☐      **INFECCIONES VAGINALES:** Si ☐ No ☐

**INFECCIONES GENITORUINARIAS:** Si ☐ No ☐

**ALTERACIONES ANATOMICAS UTERINAS:** Si ☐ No ☐

**FECHA:** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_